



HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Instrucciones de ingreso para contratistas que son proveedores individuales de la HCS / AAA / DDA

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Instructions

Un **proveedor individual (IP, por sus siglas en inglés)** es: Una persona que tiene un contrato con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés), que actúa bajo las órdenes de un cliente del DSHS que vive en su propio hogar y que le brinda a dicho cliente cuidados personales o cuidados de relevo de la DDA.

Este formulario está dirigido a personas y no a empresas. Si va a contestar este formulario para una empresa, DETÉNGASE y pídale un formulario para contratistas a la persona que le envió este formulario.

Llene el formulario por completo y devuélvalo a:

1. Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS, por sus siglas en inglés) si trabajará para un cliente de HCS, o
2. La Agencia Local para la Vejez (AAA, por sus siglas en inglés) si trabajará para un cliente de una AAA, o
3. La Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) si trabajará para un cliente de la DDA.

Parte A – Información del proveedor individual (obligatoria para todos los contratistas)

1. Información del contratista: El nombre del contratista es **su nombre** como aparece en **su tarjeta de Seguro Social**. Si tiene más direcciones, puede adjuntarlas en una hoja de papel adicional. Si añade direcciones adicionales, asegúrese de marcar el tipo de dirección (por ejemplo, residencia, postal, etc.).

Identificación: Debe entregar originales de los siguientes documentos con fines de identificación.

Nota: Los nombres en la identificación con fotografía y en la tarjeta del Seguro Social deben ser razonablemente similares (por ejemplo, Jane Smith y Jane Lynn Smith son aceptables, pero no Janelle Lynette Smith; o Linh T. Nguyen y Linh Trang Nguyen son aceptables, pero no L. Trang Lam).

- a. Identificación con fotografía vigente. Esta puede ser una (1) de las siguientes:

- Licencia de conducir expedida por el estado de Washington o por otro estado en el que el solicitante vive o ha vivido recientemente; o
- Tarjeta de identificación, que incluya la fotografía del solicitante, expedida por el estado de Washington o por otro estado en el que viva en solicitante o en el que haya vivido recientemente; o
- Pasaporte; o
- Identificación de militar o de dependiente de un militar; o
- Tarjeta de residente permanente; o
- Tarjeta de autorización para trabajar; o
- Identificación con fotografía de una tribu indígena americana; y su

- b. Tarjeta de Seguro Social. Esta puede ser cualquiera de las siguientes:

- Tarjeta del SS que muestre su nombre y número de Seguro Social, o
- Tarjeta el SS que muestre su nombre y número de Seguro Social y la leyenda "VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION" (Sólo es válida para trabajar con autorización del DHS) o "VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION" (Sólo es válida para trabajar con autorización del INS) (El DSHS no puede aceptar tarjetas del SS con la leyenda "not valid for employment" (no es válida para trabajar)), o
- Una carta reciente de la oficina del SS que indique que usted ha solicitado una nueva tarjeta del SS. La carta debe incluir su nombre y número del SS, y no puede decir "not valid for employment" (no es válida para trabajar). Esta debe ser reemplazada con una copia de la tarjeta del SS cuando sea recontratado. Si no tiene disponible esta carta, debe entregar una copia de su nueva tarjeta del SS antes de que pueda concretarse la contratación.

2. Información del cliente específico: Si planea prestar servicios a una persona en específico, escriba aquí el nombre de la persona. Si es familiar del cliente, especifique aquí la relación. Por ejemplo, si el cliente para el que usted trabaja es su madre, su relación con el clientes es HIJA o HIJO.
3. Idoneidad: Los proveedores individuales **deben** contestar esta sección y seguir las instrucciones de la misma. Si ha sido suspendido o excluido de prestar servicios en programas de Medicare, Medicaid, Título XIX o Título XX, ya debe haber sido incluido en la lista e exclusiones de Servicios Sanitarios y Humanos de la Oficina del Inspector General federal. Puede buscar a las personas excluidas en <http://exclusions.oig.hhs.gov/.aspx>.
4. Información de la licencia. Conteste esta sección de acuerdo con las instrucciones e incluya la información de su licencia de conducir, si se requiere.

Parte B – Información de empleados estatales (obligatoria para todos los contratistas) Un proveedor individual no es un

HCS / AAA / DDA INDIVIDUAL PROVIDER CONTRACTOR INTAKE
DSHS 27-122 SP (REV. 04/2018) Spanish

empleado estatal.

1. Empleado actual del Estado de Washington: Si es empleado de una agencia estatal, universidad o universidad comunitaria, marque "sí". Sin embargo, los empleados de distritos escolares no son considerados empleados del Estado de Washington.
2. Ex empleado del Estado de Washington: Si fue empleado de una agencia estatal, universidad o universidad comunitaria, marque "sí". Sin embargo, los ex empleados de distritos escolares no se considerarían empleados del Estado de Washington.
3. Fecha de terminación del empleo en el Estado de Washington: Escriba la última fecha en que fue empleado de la agencia.
4. Si contestó Sí a la pregunta 1 O si su respuesta a la pregunta 2 fue Sí y la fecha de la pregunta 3 es de los últimos dos (2) años, también debe contestar y entregar la parte C del formulario de ingreso de contratista.
5. Certifique que la información provista en este formulario (tanto la parte A como la B) es correcta, firmándolo y fechándolo.

Parte C – Certificación ética para empleados o ex empleados estatales

Si es un empleado o ex empleado del Estado de Washington, también debe contestar el formulario de certificación ética (parte C), firmarlo y fecharlo en la parte inferior, y entregarlo junto con las partes A y B del formulario de ingreso de contratista contestado.

Ingreso para contratistas que son proveedores individuales de la HCS / AAA / DDA

Parte A: Información específica del contratista HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Part A: Contractor Specific Information

El presente documento **NO** es un contrato. La parte A pide información general sobre el contratista. Debe contestar, firmar y entregar este formulario antes de que se ofrezca un contrato.

1. Información del contratista			
NOMBRE DEL CONTRATISTA (EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE) APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Licencia de conducir estatal vigente O <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía estatal vigente O <input type="checkbox"/> Otra (ver 1.a.)			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL CONTRATISTA		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL DEL CONTRATISTA (APARTADO POSTAL U OTRA)		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTRATISTA (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR DEL CONTRATISTA (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX DEL CONTRATISTA (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	
IDIOMA PRINCIPAL PREFERIDO	MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
2. Cliente específico			
Si contesta este formulario para prestar servicios a una persona en específico, proporcione la siguiente información:			
NOMBRE		FAMILIAR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SU RELACIÓN CON EL CLIENTE
3. Idoneidad (obligatorio)			
			SÍ NO
a. ¿Alguna vez se ha cancelado por incumplimiento un contrato para que usted prestara servicios al Estado de Washington?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. ¿Alguna vez se le ha revocado o suspendido una licencia profesional, certificación o contrato expedido por el Estado de Washington (no incluye licencias de conducir)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si contestó que sí, tipo de licencia, certificación o contrato: _____			
c. ¿Alguna vez ha sido el sujeto de una determinación fundada de maltrato, descuido, abandono o explotación de un menor de edad o adulto vulnerable?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave u otro tipo de delito (grave o menor) o ha sido suspendido o excluido de ser proveedor de programas de servicios de Medicare, Medicaid o Título XX desde que iniciaron estos programas (como lo exige 42 CFR 455.106)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. ¿Tiene alguna acusación pendiente por un delito grave u otro tipo de delito (grave o menor)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si contestó que "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, adjunte una lista con una explicación de la situación correspondiente (incluya fechas, tipos de determinaciones fundadas o delitos y la disposición definitiva de las acusaciones).			
4. Información de la licencia			
¿Tiene alguna licencia, certificado o registro en cualquier agencia del Estado de Washington, incluyendo una licencia para conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, conteste lo siguiente:			
TIPO DE LICENCIA	NÚMERO DE LICENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	
Certifico, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que toda la información en el formulario de ingreso de contratista es verdadera y correcta, y que daré aviso al DSHS sobre cualquier cambio.			
FIRMA DEL CONTRATISTA		FECHA	NOMBRE DEL CONTRATISTA EN LETRA DE MOLDE

Ingreso para contratistas que son proveedores individuales de la HCS / AAA / DDA

Parte B: Información de empleados estatales HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Part B: State Employee Information

El presente documento NO es un contrato.

La parte B pide información específica del contrato que desea celebrar.

Debe marcar "Sí" o "No" para contestar las siguientes preguntas.

No puede celebrarse un contrato sin esta información.

1. ¿Actualmente es empleado del Estado de Washington o empleado de una universidad o universidad comunitaria estatal?
 - Los empleados de universidades y universidades comunitarias estatales son considerados empleados del Estado de Washington.
 - Los empleados de distritos escolares NO son considerados empleados estatales en este contexto.
 - **Los proveedores individuales NO son considerados empleados estatales.**

Sí No
2. ¿Alguna vez ha sido empleado del Estado de Washington?

Sí No
3. Si contestó que sí, ¿en qué año terminó nuestro empleo con el Estado de Washington?

Fecha _____
4. Si contestó "Sí" a la pregunta 1 o si contestó "Sí" a la pregunta 2 y la fecha de la pregunta 3 es de los últimos dos años, debe contestar la parte C y entregarla junto con las partes A y B del presente formulario de ingreso.

Certifico, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que todas las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas, y que daré aviso al DSHS sobre cualquier cambio en cualquiera de las declaraciones.

FIRMA DEL CONTRATISTA

FECHA

NOMBRE DEL CONTRATISTA EN LETRA DE MOLDE

PUESTO DEL CONTRATISTA

Ingreso para contratistas que son proveedores individuales de la HCS / AAA / DDA

Parte C: Certificación ética para empleados o estatales actuales HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Part C: Ethics Certification for Current State Employees

El presente documento NO es un contrato. La parte C pide información para evitar conflictos con 42.52 RCW, Ética en el servicio público. No puede celebrarse un contrato sin esta información.

Los empleados del DSHS tienen prohibido celebrar contratos como proveedores individuales para prestar servicios a clientes de ALTA y de la DDA, salvo cuando se les haya concedido una aprobación para trabajo externo, en los términos de la Política Administrativa N.º 18.18, Empleo externo. En caso de que el contratista acepte un empleo con el DSHS, el contratista debe notificar de inmediato a la persona de contacto del DSHS mencionada en la página 1 del presente contrato, así como a las siguientes personas:

- Director de la División de HCS, si presta servicios a un cliente de la HCS o una AAA; la dirección es P.O. Box 45600, Olympia WA 98504-5600; y
- Subsecretario Asistente de la DDA, si presta servicios a un cliente de la DDA; la dirección es P.O. Box 45310, Olympia WA 98504-45310.

NOMBRE DEL CONTRATISTA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO / EMPLEADO ESTATAL ACTUAL
PUESTO QUE OCUPA EN EL ESTADO	EMPLEADOR ESTATAL ACTUAL

Por la presente certifico que las dos declaraciones siguientes son verdaderas:

- Actualmente soy empleado estatal;
- Mi puesto como proveedor individual no genera conflicto alguno con el desempeño correcto de mis deberes oficiales como empleado estatal;

Y que una de las declaraciones siguientes también es verdadera:

- No recibiré cosa alguna con valor económico en los términos del contrato, como se define en RCW 42.52.010 (20);
- He cumplido con RCW 42.52.030 (2);
- Cumpló todas las condiciones siguientes:
 - El contrato es genuino y realmente desempeñaré trabajos en los términos del contrato.
 - El cumplimiento del contrato no está incluido en mis funciones actuales ni bajo mi supervisión directa en el desempeño de mi trabajo como funcionario o empleado estatal.
 - El cumplimiento del contrato no me exige revelar información confidencial ni me hará infringir regla estatal alguna referente a los empleos externos.
 - El contrato no es desempeñado ni remunerado por alguien de quien yo tenga prohibido recibir un obsequio (las personas que tienen prohibido entregar obsequios incluyen a todas las personas regidas por el DSHS).
 - El contrato no fue creado o autorizado explícitamente por mí en el desempeño de mi trabajo como funcionario o empleado estatal.

Certifico, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que todas las declaraciones hechas en la presente certificación ética son verdaderas y correctas, y que daré aviso al DSHS sobre cualquier cambio.

FIRMA DEL CONTRATISTA	FECHA
NOMBRE DEL CONTRATISTA EN LETRA DE MOLDE	PUESTO DEL CONTRATISTA